

# 友愛の家 利用登録書

※ ここは記入しないでください

申請日	西暦	年	月	日	登録番号	
ふりがな					性別	生年月日
登録者名					男・女	西暦 年 月 日
住 所	〒 ー ー 岡崎市					
電話番号	ー ー ー		携帯番号	ー ー ー		
FAX番号	ー ー ー		メールアドレス	@		

		緊急連絡先	続柄	携帯番号	その他の連絡先
緊急連絡先	①			ー ー	自宅・勤務先
	②			ー ー	自宅・勤務先

		医院名(担当医)	電話番号	備考
かかりつけ医	①		ー ー	
	②		ー ー	

		手帳・証明の有無	等級・区分 等
手帳等 障がい区分	身体障害者手帳	有	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
	療育手帳	有	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	精神障害者 保健福祉手帳	有	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	難病疾患	有	病名:
	その他		

※ 登録時に手帳のコピーを提出してください。(手帳のないかたは、その他にご記載ください)

個人情報の取り扱いについて	知り得た情報は当事業団個人情報保護規定に基づき、定められた目的以外には使用しません。同意いただけますか。
	同意する ・ 同意しない
写真・氏名の掲載について	広報誌やパンフレット、ホームページなどで写真や氏名を掲載してもよろしいですか。
	はい ・ 写真のみ可 ・ 氏名のみ可 ・ いいえ

「裏面」もご記入ください

気になる病気とその症状 など

てんかん について	発作の有無	「有」の場合は直近で発作があった時期を教えてください
	有・無	年 月頃(症状や対応については下記にお書きください)
症状など		
対応方法		

職員に知っておいてほしいこと

障がい名 病名 など			
状態			
対応方法			

障がい名 病名 など			
状態			
対応方法			

備考			
----	--	--	--

受付完了日	館長	入力者	受付者